

コーセー健康保険組合 殿

健康保険任意継続被保険者資格喪失申出書

このたび、下記理由により健康保険任意継続被保険者資格喪失の申し出をいたします。

<理由> 該当理由にチェックをしてください。

- 令和 年 月 日付で
強制被保険者(または任意包括被保険者)の資格を取得したため。
- 任意継続被保険者でなくなることを希望するため。

令和 年 月 日

住所 〒 -

電話番号 - -

氏名

◆新たに強制被保険者の資格を取得した場合は、

「資格情報のお知らせ」か「資格確認書」のコピーを添付してください。

◆健康保険被保険者証(旧保険証)または「資格確認書」が発行されている方は、

必ずご返却をお願いいたします。